

Beantwoording schriftelijk gestelde vragen

Aan:	De gemeenteraad
Portefeuillehouders:	Piet Poos en Marijo Immink
Vragen gesteld door:	Fractie van de VVD
Onderwerp:	Onderzoek en publicaties Follow the Money
Datum:	3 november 2020

Op 19 oktober 2020 ontvingen wij vragen van de fractie van de VVD op basis van artikel 40 Reglement van Orde over het onderzoek en de publicaties van Follow the Money over de winsten bij gecontracteerde zorgaanbieders.

Hieronder treft u de gestelde vragen aan, met het daarbij behorende antwoord:

Inleiding

Uit onderzoek van Follow the Money en het Brabants Dagblad is gebleken dat er zorgaanbieders zijn die opmerkelijke winsten maken. In een separaat toegezonden raadsinformatiebrief geven wij u onze reactie op de hoofdlijn van de publicaties. Hieronder beantwoorden wij de vragen die gesteld zijn door de fractie van de VVD. Dat geeft ons de gelegenheid om dieper op de materie in te gaan. De vragen van de VVD zijn vooral toegespitst op de Jeugdzorg. Wij merken hierbij op dat een deel van de genoemde bedrijven ook gecontracteerd is voor Wmo-zorg en andere niet door gemeenten gefinancierde zorg als Wet langdurige zorg (Wlz).

1. Bent u bekend met artikel Jeugdzorg diep in het rood uit BD en BNDeStem 17 oktober 2020?

Ja, hier is kennis van genomen.

2. Bent u bekend met het artikel Top verdienen aan jeugdzorg in Tilburg afkomstig van FTM 17 oktober 2020?

Ja, hier is kennis van genomen. En er is hoor- en wederhoor toegepast met de gastheergemeente.

3. Hoe kan het zijn dat deze praktijken via de journalistiek aan het licht moeten komen?

We zijn en blijven continu in gesprek met aanbieders om de verbeter- en beheersmaatregelen aan te scherpen en uit te breiden waar nodig. Deze praktijken waren ons dus niet onbekend. Het onderzoek van Follow the Money is hierbij een welkome aanvulling, dat aangeeft dat we hier nog scherper op in moeten (blijven) zetten. Bijvoorbeeld bekijken we naar aanleiding van de nieuwe inkoopstrategie voor Jeugd en Wmo of we nog nadrukkelijker normen kunnen opnemen in de verordening als het gaat om bijvoorbeeld personeelsinzet, winstverhoudingen, juridische en fiscale constructies.

Er lopen ook al diverse acties om te verbeteren en beheersen en beter zicht te krijgen op wat er speelt o.a.:

- De herijking van de inkoopstrategie voor Jeugd en Wmo, dat moet leiden tot meer controle, strakker toezicht, het komen tot minder aantal aanbieders, en accountmanagement op hoger niveau brengen. De resultaten van dit onderzoek worden in de toekomst met u gedeeld.
- Traject verdere professionalisering contractmanagement Jeugd en Wmo in 2019
- Uitbreiding contractmanagement, toezicht en datacluster
- De evaluatie korte doorlooptijden, waar tot nu toe ca. 1 miljoen is teruggevorderd. In eerste kwartaal 2021 volgt het definitieve rapport.
- Wij onderzoeken de mogelijkheid voor het opstarten van een Lokaal Schakelteam, eventueel in samenwerking met Hilvarenbeek en Oisterwijk.
- Actief ingrijpen tot in de rechtbank als blijkt dat er onrechtmatige of kwalitatief niet goede zorg wordt geleverd.
- Het voeren van gesprekken met zorgverleners die afwijkende/opmerkelijke winsten maken.
- Introductie evaluatieformulier voor verlengingsaanvragen zorgtrajecten per 1-1-2021.
- Toetsen aanvragen aanbieders n.a.v. verwijzing via het medisch domein vanaf 1-1-2021.
- Het toepassen van risicomangement bij alle zorgaanbieders.
- Evaluatie resultaat gestuurd werken (november 2020)

Er worden acties ondernomen om nu en in de toekomst de winstgevendheid van partijen die gecontacteerd zijn nog beter in beeld te hebben, voornamelijk binnen de nieuwe inkoop. Hierover heeft u tijdens de radenavond op 24 juni al eerste informatie ontvangen.

4. Eén van de in het artikel genoemde zorgaanbieders heeft €2,1 miljoen omzet en 22% winst. Kloppen deze gegevens? Wat vindt u hiervan?

We nemen aan dat u hiermee AMO bedoelt en zien in de jaarrekening terug dat er 22% winst voor belasting en 2,2 miljoen omzet is gemaakt. Wij gaan echter verder niet in op de situatie van individuele zorgaanbieders.

Meer in het algemeen, als je kijkt naar hoe de uitgaven zich hebben ontwikkeld en als je de resultaten ziet van de recente publicaties en andere onderzoeken, dan zien wij als gemeenten ook dat de verhouding tussen de zorgkosten en winst bij een aantal aanbieders echt uit balans is. Echter de volgende kanttekeningen bij de berichtgeving over de winsten zoals geschetst in het artikel '100 miljoen winst voor Jeugdzorg' in het Brabants Dagblad:

- de 100 miljoen is bepaald door de totale winsten van de zorgaanbieders bij elkaar op te tellen, dus niet alleen Jeugd maar ook Wmo en WLZ (gefinancierd zorgkantoren) en zorgverzekeringswet (gefinancierd door zorgverzekeraars).

- De omzet van de zorgaanbieders is vervolgens een gevolg van financiering door gemeenten, zorgverzekeraars en eventuele andere commerciële activiteiten. Dit is in de berekening van het bedrag van 100 miljoen verder niet uitgesplitst.
- Daarnaast is, zoals Brabants Dagblad vermeldt, slechts een beperkt deel van de genoemde 100 miljoen euro winst afkomstig uit de Hart van Brabant gemeenten. Een groot aantal aanbieders werkt ook voor de zorgverzekeringswet of Wlz en/of is actief in andere regio's. Bij een aantal aanbieders bepalen de andere financiers/regio's het grootste deel van de omzet en winst en is de regio Hart van Brabant slechts een onderdeel.
- Het bedrag heeft bovendien betrekking op brutowinsten, dus voor belasting aftrek e.d. Dus niet op nettowinst.
- Dus de krantenkop dat het hier om jeugdhulp winst zou gaan is absoluut niet correct. Sterker nog, de totale regionale jeugdbegroting voor Hart van Brabant is zo'n 100 miljoen in totaal in 2020.

5. Een verklaring voor de sterk stijgende vraag naar jeugdzorg zou mede zijn het medicaliseren van opvoedingsproblemen. Klopt dit? Zo ja, waarom wordt niet ingegrepen op deze beweging van maatschappelijke aanpak naar het medisch domein?

De stijging van de vraag naar jeugdhulp is een landelijke trend en is gelegen in meerdere oorzaken. Daarnaast wordt ook landelijk onderzoek naar gedaan door AEF in opdracht van het Rijk en de VNG. Het medisch domein heeft daarbij de aandacht van ons als regio. Zo zijn we in gesprek met het medisch domein en nemen we diverse maatregelen zoals bijvoorbeeld de inzet van een Praktijk Ondersteuner Jeugd GGz bij de Huisarts (POH jGGz). Lokaal voeren wij ook het gesprek met de huisartsen die actief zijn in onze gemeente.

We zullen zowel landelijk als lokaal naar het systeem moeten kijken. Daartoe zijn we in de regio gestart met een nieuwe inkoopstrategie zowel voor Jeugdhulp als Sociaal Domein breed, waarin fundamenteel voorstellen worden gedaan over de inkoopsystematiek, samenwerking tussen systeemaanbieders, normaliseren, beperking van het aantal aanbieders et cetera. Op korte termijn worden alle raden hierbij betrokken om ook voor de lange termijn hernieuwde keuzes te maken.

6. Bent u voornemens met de zorgaanbieders in gesprek te gaan om hieraan een einde te maken?

Als gemeenten in Hart van Brabant hebben we hierin al diverse aantal verbeteracties in gang gezet :

- Het herijken van de inkoopstrategie, wat moet leiden tot meer controle, strakker toezicht, het komen tot minder aantal aanbieders, en accountmanagement op hoger niveau.
- De evaluatie korte doorlooptijden op het gebied van jeugdhulp, waar tot nu toe ca. 1 miljoen is teruggevorderd. In het eerste kwartaal 2021 volgt het definitieve rapport.
- Het onderzoek naar de mogelijkheid van een lokaal schakelteam. o.a. meekijkt en meedenkt bij de (her)indicering van zorg. Echter zullen we ook hier hernieuwde keuzes moeten maken in het kader van de eerder aangehaalde nieuwe inkoopstrategie.

Kortom we gaan niet in gesprek, wij zijn reeds in gesprek met deze aanbieders. De kwestie van de toenemende vraag naar jeugdhulp en daarbij horende stijging van de kosten, is hier een onderdeel van.

7. Wat is de rol van de wet passend onderwijs in de ontstane tekorten binnen de jeugdzorg?

De samenhang is lastig vast te stellen en ook landelijk is dit een dilemma in het onderzoek van AEF naar de tekorten bij de jeugdhulp in opdracht van het Rijk en de VNG. De regio Hart van Brabant heeft in de herverdeling van de landelijke middelen passend primair onderwijs één van de grootste bezuinigingen te verwerken gehad. Al hebben veel gemeenten te kennen gegeven dat zij een druk vanuit het onderwijs ervaren. Om hier meer samenhang in te brengen heeft VWS in samenspraak met OCW afgesproken diverse pilots op te starten om de samenhang te verbeteren. De regio Hart van Brabant is een van de pilotregio's, waarbij jeugdhulp, onderwijs en inzet vanuit de zorgverzekeraars worden gebundeld op bepaalde scholen voor speciaal onderwijs. Hiermee wil men onderzoeken of men de bureaucratie kan beperken voor ouders, en ook grip kan krijgen op de uitgaven.

De invoering van de Wet Passend Onderwijs in augustus 2014 bracht voor het samenwerkingsverband Plein 013 (gemeenten Alphen Chaam, Baarle Nassau, Goirle, Hilvarenbeek, Oisterwijk en Tilburg) een vereveningsopdracht (bezuiniging) van 34% mee. Hierdoor is vanuit het primair onderwijs een druk ontstaan om de toeleiding van kinderen naar het speciaal onderwijs te reduceren. In de eerste jaren van het passend onderwijs zagen we een afname van de verwijzingen naar het speciaal onderwijs, de laatste tijd nemen de verwijzingen naar het speciaal onderwijs weer toe. De jeugdhulpkosten blijven stijgen vanaf de invoering van de Jeugdwet in 2015. Binnen de wetten Passend Onderwijs en Jeugdwet bestaat een grijs gebied waarin de verantwoordelijkheden in elkaar overlopen. We verwachten dat er door de (bijna gelijktijdige) invoering van de wetten Passend Onderwijs en Jeugdwet, in combinatie met de bezuinigingsopgave van het samenwerkingsverband, een groot deel van dit grijze gebied is ingevuld vanuit de jeugdwet. We onderzoeken vanuit het regionale programma 'ieder kind voelt zich thuis op school' welke ondersteuning van kinderen vanuit de wet passend onderwijs geboden moet worden en welke ondersteuning vanuit de jeugdwet. Binnen het grijze gebied maken we afspraken. Op de uitkomst zal actief gestuurd worden. Daarnaast gaan we andere samenwerkingsvormen aan met onderwijs, waardoor zowel effectiever als efficiëntere zorg wordt ingezet. In Goirle krijgt dit vorm door de inzet van de kansenteams.

8. Hoe komt het dat het medisch domein op zo'n grote schaal verwijst? Hoe vaak zijn ouders van tevoren al bij de gemeente geweest voor hulp en wellicht afgewezen?

De huisartsen mochten altijd al verwijzen naar de (j)GGZ, dit is geen nieuwe taak. Alleen is er meer verwijsmogelijkheid bij gekomen voor het medisch domein. Dit is een wettelijk recht. Om huisartsen hierbij te ondersteunen en de verwijzingen meer gericht te laten plaatsvinden, hebben we in onze regio een pilot gedaan met een praktijkondersteuner, specifiek gericht op de jeugd GGz (POH jGGz). Uit de ervaringen van het eerste halfjaar in Goirle zien we dat met de POH jGGz circa 90% van deze

zaken niet tot een verwijzing leiden. Uit gesprekken met de huisartsen blijkt dat dit een aanmerkelijke verbetering betekent.

Daarnaast toetsen we regionaal de aanvragen van aanbieders n.a.v. een medische verwijzing achteraf (traject opvallend korte doorlooptijden) en gaan we de aanvragen van aanbieders n.a.v. medische verwijzing vanaf januari 2021 ook (steekproefsgewijs) vooraf toetsen. Wij zijn lokaal ook met onze huisartsen in gesprek om hetzelfde beeld te krijgen bij de verwijzingen door de huisarts. Het komt niet of nauwelijks voor dat een eerste afwijzing voor een directe aanvraag gevolgd wordt door een aanvraag vanuit het medisch domein voor dezelfde zorgvraag.

9. Er worden veelvuldig zwaardere zorgarrangementen in rekening gebracht terwijl ze niet als zodanig worden uitgevoerd. Bent u daarvan op de hoogte? Zo nee, gaat u nader onderzoek hiernaar uitvoeren? Zo ja, welke maatregelen gaat u hierin nemen?

We zijn op de hoogte dat dit soms voorkomt. Hier zijn al diverse acties op uitgezet. O.a.:

- Het onderzoek naar de inzet van een schakelteam in GHO-verband of lokaal voor zowel Jeugd als Wmo.
- De evaluatie korte doorlooptijden, waar tot nu toe ca. 1 miljoen is teruggevorderd. In het eerste kwartaal 2021 volgt het definitieve rapport. Er is al nader onderzoek gaande en de maatregel hierin is terugvorderen waar mogelijk.

Wel is dit alles aanleiding om in de nieuwe inkoopstrategie jeugd en Wmo te bezien of wij de systematiek van arrangementen wel willen continueren en niet beter kunnen overstappen op een eenvoudigere systematiek per 2022.

10. De tarieven voor arrangementen zijn vastgesteld en gebaseerd op onder meer gekwalificeerd personeel, maar in de praktijk wordt lager geschoold personeel ingezet. Klopt dit? Zo ja, welke maatregelen gaat u hierin nemen?

Soms komen er signalen binnen dat sprake is van inzet van lager geschoold personeel. Dit geldt niet alleen voor de jeugdhulp, maar ook voor de Wmo. Als dit het geval is nemen de toezichthouders contact op met de desbetreffende aanbieder en gaan zij het gesprek aan om te wijzen op het op orde brengen van het niveau. Als een zorgaanbieder hier geen gehoor aan geeft wordt overgaan tot nadere maatregelen, waarbij we in het uiterste geval juridische stappen kunnen zetten.

11. De tarieven voor arrangementen zijn vastgesteld en gebaseerd op onder meer oefen- en trainingsfaciliteiten, terwijl veelvuldig gebruik gemaakt wordt van reeds door de gemeente gefinancierde accommodaties. Klopt dit? Zo ja, welke maatregelen gaat u hierin nemen

Graag ontvangen we een nadere toelichting op deze vraag en vooral welke maatregelen er verwacht worden. De oefen- en trainingsfaciliteiten maken maar een klein onderdeel uit van de arrangementen. Indien gebruik gemaakt wordt van door de gemeente gefinancierde accommodaties betekent niet dat er geen kosten voor gemaakt worden.

12. In veel gevallen diagnosticeert de huisarts, de jeugdarts of de medisch specialist een zorgvraag en verwijst door naar de zorgaanbieder die vervolgens het arrangement bepaalt. Klopt dit? Zo ja, wat vindt u van deze werkwijze?

Het klopt dat bij medische verwijzingen de aanbieder zelf het arrangement bepaalt. Dit komt voort uit wetgeving waarin is vastgelegd dat het medisch domein mag verwijzen en dat dit niet via de gemeentelijke toegang hoeft te verlopen. Zoals bij eerdere antwoorden aangegeven:

- achteraf wordt via datamanagement gecontroleerd of een te hoog arrangement is ingezet in verhouding tot de geleverde zorg (actie opvallend korte doorlooptijden);
- er komt een evaluatieformat dat aanbieders dienen in te vullen, indien zij verlenging van een arrangement wensen;
- vanaf 2021 worden aangevraagde arrangementen n.a.v. verwijzing medisch domein ook vooraf (steekproefsgewijs) getoetst.

13. Bent u het met ons eens dat deze aanpak (vraag 17) heel veel ruimte biedt aan de zorgaanbieders om (financieel) aantrekkelijke arrangementen aan te bieden? Op welke wijze wordt dit proces gemonitord?

We gaan er in onze beantwoording vanuit dat u verwijst naar vraag 12, in plaats van vraag 17. Dit kan ruimte bieden aan aanbieders, echter monitoren we dit al via datamanagement en worden extra stappen ingezet vanaf 2021. Bovendien zijn we in gesprek met het Rijk, over de ruimte die op dit moment aan het medisch domein wordt gegeven in de Jeugdwet.

14. Waarom is het structureel en nauwkeurig meten van resultaten nog niet mogelijk?

Het structureel en nauwkeurig meten van resultaten is mogelijk. Vraag is op welk niveau je dit wilt doen en op welke wijze. De regio heeft op het gebied van jeugdhulp, mede om de administratieve belasting voor aanbieders te beperken, gekozen voor monitoring via de CBS-outcome-indicatoren. Hierbij geven de aanbieders tweemaal per jaar hun prestaties aan op doelrealisatie, clienttevredenheid en vraaguitval.

Niet alle aanbieders leverden in het verleden deze informatie aan. Door het onderwerp structureel te agenderen in gesprekken met jeugdhulpaanbieders is het aanleverpercentage ondertussen behoorlijk hoog. Bij kleine aanbieders geldt soms dat men, vanwege te lage aantallen, geen aantallen mag aanleveren (vanwege privacy mogen aantallen van minder dan 8 cliënten niet aangeleverd worden).

Op dit moment zijn we aan het bezien hoe we de vergelijkbaarheid van de CBS-cijfers van aanbieders kunnen verbeteren, rekening houdend met verschillen tussen clientgroepen.

In het Integrale Plan van Aanpak worden ook resultaten vastgelegd. Met toegangen en aanbieders wordt gezien of ook op casusniveau de resultaten kunnen worden vastgelegd en gerapporteerd. Vanwege administratieve belasting is hier vooralsnog niet voor gekozen.

Op het gebied van de Wmo gebeurt verantwoording op resultaten (nog) individueel via de evaluatie aan het eind van het traject.

15. In hoeverre is het niet te vanzelfsprekend geworden om hulp te krijgen, wat wordt er gedaan om ervoor te zorgen dat ouders zelf hun verantwoordelijkheid nemen en de vanzelfsprekendheid en legitimatie om tot 'labelen' over te gaan wordt tegengegaan?

Dit is de discussie die we in de inkoopstrategie met u willen voeren, het gaat hier vooral om het vraagstuk de begrippen normaliseren en demedicaliseren nader te concretiseren. Hierin is de reactie van de raden ook wezenlijk.

16. Hoeveel zorgaanbieders hebben één of meer bv's in de organisatie?

Deze informatie is grotendeels openbaar maar het is zeer arbeidsintensief om te onderzoeken. De database vanuit VWS heeft hier onvoldoende informatie over. Dat betekent dat we dit stuk voor stuk moeten onderzoeken. Dat doen we dus alleen voor de aanbieders die in onze risicotop staan. Daar waar we bij (nadere) analyses opvallende zaken aantreffen zoals exorbitante of ondoorzichtige managementvergoedingen, opvallende organisatiestructuren, etc. stellen we kritische vragen. Het hebben van meerdere bv's is op zichzelf niet verboden.

17. Wat vindt u ervan dat zorgaanbieders via bv-constructies de transparantie in de resultaten van de organisaties vertroebelen?

Gebruikmaken van diverse bv's kan vertroebelend werken. De meeste organisaties scheiden juist zo hun aanbod voor diverse contractpartners dus voor WLZ, zorgverzekeringswet, commerciële activiteiten en jeugdhulp en Wmo. In de nieuwe inkoopstrategie willen we wel kritisch gaan bezien, binnen de bestaande wettelijke mogelijkheden, of we minimale normen kunnen gaan stellen aan juridische en fiscale constructies.

18. In de artikelen wordt vermeld dat alle inzet tot meer preventie niet leidt tot een lagere zorgvraag. Klopt dit? Zo ja, wat is daarvan de reden, en, welke maatregelen gaat u nemen in het preventiebeleid om dit doel wel te realiseren?

Nee, dat is een vooronderstelling die niet bewezen is. Je weet niet wat zonder de preventieve inzet de zorgvraag zou zijn geweest. Regionaal onderzoek naar de inzet van de POH JGGZ heeft uitgewezen dat de huisartsenpraktijken waar de POH JGGZ werkzaam is een reductie van 60% doorverwijzing

jeugdhulp heeft plaatsgevonden, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Dergelijke aantallen zien we ook in Goirle op basis van de cijfers over het eerste halfjaar.

Verder investeren we ook in preventie via kansrijke start, van beschermd wonen naar beschermd thuis en de relatie onderwijs-jeugdhulp.

In de ontwikkeling van onze visie op het sociaal domein willen wij de monitoring op het effect van preventieve acties ook meenemen als aandachtspunt.

19. In hoeverre is er inzicht in de kostprijzen van de aanbieders?

Steekproefsgewijs (en bij knelpunten, signalen) vindt kostprijsonderzoek plaats bij aanbieders. De huidige inkoopsystematiek gaat uit van passende, uniforme prijzen voor de gevraagde zorg. In het kader van de herijking inkoopstrategie zal worden bezien of voor de verschillende segmenten van de jeugdhulp en Wmo andere bekostiging en prijsstelling zinvol is.

20. Er zijn zorgaanbieders die aangeven dat ze arrangementen eventueel kunnen aanbieden tegen een lagere vergoeding, maar dat dit vanwege vastgestelde tarieven niet mogelijk is. Klopt dit? Zo ja, wat gaat u met dit gegeven doen?

Wij zijn/gaan graag in gesprek met deze aanbieders. Indien van toepassing maken wij ook aangepaste afspraken. Soms komen aanbieders ook met voorstellen voor andere zorgverlening, in sommige gevallen zijn wij van mening dat het dan geen specialistische hulp betreft en wordt om die reden vanuit de regionale inkoop niet meegegaan in het voorstel.

21. Er wordt voor sommige arrangementen getwijfeld aan de doelmatigheid. Wat is daarop uw reactie?

In het artikel wordt gesteld dat niet alle zorg even doelmatig is. Er wordt niet sec de arrangementen(financiering) genoemd.

Doelmatigheid is onderwerp van gesprek met individuele aanbieders, de afdeling toezicht van de gastheergemeente toetst hier ook op. Doelmatigheid van zorg is niet alleen verantwoordelijkheid van de aanbieders, maar ook verwijzers. Het is wezenlijk dat verwijzers (gemeentelijke toegang, gecertificeerde instellingen en medisch domein) kritisch bezien of zij een persoon terecht doorverwijzen en ook of ze dit naar de juiste aanbieder doen. Niet passende verwijzing kan ook ondoelmatige hulp als resultaat hebben.
